

108.
**LOGIKA TERAPII ANTYANGIOGEN-
NEJ**

Szala S.

Zakład Biologii Molekularnej Centrum
Onkologii -Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie

Szereg danych wskazuje, że zahamowanie unaczynienia nowotworów pociąga za sobą zahamowanie wzrostu guzów pierwotnych i przerzutów. Jak dotąd, istnieją dwie angiogenne strategie terapeutyczne. Pierwsza z nich oparta jest na swoistym hamowaniu proliferacji komórek śródnabłonkowych naczyń okołonowotworowych. Druga, na swoistym, docelowym niszczeniu naczyń okołonowotworowych. W strategii pierwszej stosuje się swoiste inhibitory angiogenezy. Niektóre z tych inhibitorów działają bezpośrednio na komórki śródbłonkowe (np. angiostatyna, endostatyna itp.). Inne mogą mieć działanie pośrednie (np. rozpuszczalne receptory VEGF, inhibitory receptorów HER -2/neu). W strategii drugiej wykorzystuje się najczęściej antagonistów integrzyn alfa v beta 3 (np. koniugatów leków z peptydami RGD). Receptory integrzynowe alfa v beta 3 są niezwykle swoistymi białkami komórek śródbłonkowych naczyń okołonowotworowych. Za ich pośrednictwem do komórek śródbłonkowych można wprowadzać nie tylko leki, ale także białka czy nawet geny. W pracy przedyskutowano także możliwości stosowania anty-angiogennej strategii skojarzonej z chemioterapią lub radioterapią.

109.
**REAKCJA PRZESZCZEP PRZECIW
BIAŁACZCE – MECHANIZM, ZNA-
CZENIE ORAZ MOŻLIWOŚCI WYKO-
RZYSTANIA W PROFILAKTYCE
I TERAPII WZNOWY BIAŁACZKI
PO ALLOGENICZNEJ TRANSPLAN-
TACJI KOMÓREK KRWIOTWÓR-
CZYCH**

Wachowiak J.

Klinika Onkologii, Hematologii
i Transplantologii Pediatricznej AM, Poznań

U chorych na białaczkę najczęstszą przyczyną niepowodzeń allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych (allo-HSCT) jest wznowa choroby, która w zależności od jej typu i fazy występuje u 30-90% biorców. Ze względu na wysokie ryzyko zagrażających życiu powikłań toksycznych, drugą transplantację można przeprowadzić tylko u nielicznych chorych, a w następstwie oporności komórek białaczkowych na cytostatyki zastosowane w przygotowaniu do transplantacji, wkrótce po zabiegu na ogół dochodzi do kolejnej wznowy. Tymczasem wiele spostrzeżeń klinicznych i wyników badań doświadczalnych świadczy o tym, że allogenicznej transplantacji szpiku towarzyszy reakcja przeszczep-przeciw-białaczce (graft-versus-leukemia effect, GvL) oraz o tym, że komórkami efektorowymi są limfocyty CD3+. Stąd w latach dziewięćdziesiątych w przypadku wznowy białaczki po allo HSCT zaczęto podejmować coraz częstsze próby uzyskania kolejnej remisji poprzez podanie limfocytów CD3+ pochodzących od dawcy komórek krwiotwórczych (donor lymphocyte infusion, DLI). Wykazano, że ta forma immunoterapii u wielu pacjentów może okazać się skuteczną, zwłaszcza jeśli wznowa została rozpoznana wcześniej, najlepiej na poziomie molekularnym, tj. wtedy, kiedy masa komórek nowotworowych jest najmniejsza. Okazało się także, że skuteczność DLI zależy od typu białaczki i jest największa u chorych ze wznową przewlekłej białaczki szpikowej (CML), znacznie mniejsza u biorców z ostrą białaczką szpikową (AML) i zespołem mielodys-